

„Reason is like sex, ,Rasa' is like love“

... So der Titel eines Artikels von Ursula Baatz über einen Vortrag der indonesischen Autorin und Menschenrechtsaktivistin Ayu Utami. Er ist für mich einer von drei Anlässen, um zur Feder zu greifen und über den Zaun der Allgemeinmedizin zu blicken.

Tenor des Artikels war, dass es in anderen Kulturen Platz für Unschärfen, Gefühl und „Spüren“ in der Beziehung zur Natur und zu Mitmenschen gibt – neben der rationalen Logik. In unserer Kultur ist diese vorrangig, jenes meist tabuisiert. In Indonesien gibt es einen eigenen Begriff „Rasa“ – er bedeutet Gefühl, Empathie, in Beziehung sein, er beschreibt eine atmosphärische Lebenshaltung. Dies war bisher, so Utami, in Indonesien wie auch sonst im asiatischen Raum, Basis der Alltagskultur. Bei einer Unzahl an Ethnien und Religionen garantierte „Rasa“ Toleranz und gedeihliches Zusammenleben. Mit Industrialisierung und Konsumkultur gewinnt auch der rechnende Verstand Bedeutung. *Gefühl und gute Beziehung* reichen nicht mehr, es braucht harte Fakten und Sachbegründungen. Dies bringt einen Kulturwandel mit Überhandnehmen von gewinnorientiertem Denken, Verlust an Toleranz und als Gegenentsprechung die Radikalisierung des salafistischen Islams.

„*Gefühl und gute Beziehung*“ waren Thema bei der Feier eines befreundeten Paares mit runden Geburtstagen plus Jahrestag der Beziehung und Ehe. Die kurze Ansprache war mit den Begriffen *Kontinuität und Vertrauen* übertitelt. Diese Begriffe charakterisieren für mich *Hausarztmedizin*. In den anschließenden Gesprächen mit den anderen Gästen, einigen Psychotherapeuten und Lehrern, reklamierten sie diese Begriffe gleichfalls für ihre Arbeit. Laut Psychotherapieforschung ist die Qualität der Beziehung zwischen Klient und Therapeuten das vorrangige Erfolgskriterium, vor Methodik, Setting etc. Ähnliches gilt für das Unterrichten. Es ist vorrangig Beziehungsarbeit. Beziehung mit *Kontinuität und Vertrauen* ist die wesentliche Grundvoraussetzung für erfolgreiches Arbeiten mit Menschen.

Der Begriff *Hausarztmedizin*, als eingeforderter zentraler Punkt der österreichischen Gesundheitsreform, erntete – laut einem Pressebericht – beim Auditorium des European Health Forum in Bad Gastein Gelächter. Das macht mich zornig und erstaunt mich. Wie kann bei einem hochqualifizierten Publikum so viel Unverständnis und Ignoranz existieren? Es wird damit der Wunsch der Patienten nach dieser Beziehung ignoriert: 80–90% der Bevölkerung meinen, man sollte einen Hausarzt haben, jene inkludiert, die selbst keinen haben.

Ignoriert wird, dass Symptomkomplexe oft nicht klar umschrieben sind, sich primär nicht laut Algorithmus abarbeiten lassen. Das mehrdeutige Symptom ist verbunden mit Schmerz, Ängsten und Unsicherheit, es erfordert Beziehung, Vertrauen, Kenntnis des Patienten als Teil einer effizienten Versorgung. Das wahrzunehmen, stellt die Qualität des Allgemeinmediziners dar.

Vergessen wir meinetwegen Hausarztmedizin, nennen wir es „Medical home“, der neue Trend in den USA. Nennen wir es irgendwie. Aber lassen wir die Grundqualitäten des derzeitigen Systems bestehen. Wir benötigen eine Reform, die auf die Erfordernisse der heutigen Zeit eingeht, Versorgung und Kontinuität sichert, Beziehung und Vertrauen ermöglicht, die Qualität der Versorgung, die Zufriedenheit der Patienten und die Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsdienstleister garantiert.

Zurück zum Vortrag von Frau Utami, sie fordert mit dem im Titel zitierten „sex and love“ die Integration von kritischer Vernunft mit dem Lebensgefühl des „Rasa“ – „Wir brauchen den Dialog zwischen dem Besten, das ‚Rasa‘ geben kann, und dem Besten, was der kritische Verstand leisten kann.“

Ganz ähnlich die Definition von EbM: höchstmögliche Wissenschaftlichkeit vor dem Hintergrund der Bedürfnisse des Patienten und der Erfahrung des Arztes. Die Grundprinzipien sind gleich, warum nicht in der Grundversorgung.



Dr. Walter Heckenthaler

Dr. Walter Heckenthaler
Arzt für Allgemeinmedizin, Maria Enzersdorf

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

EbM-Guidelines: Diagnostik und Epidemiologie

Wesentliches in Kürze

- **Schwellung und bewegungsabhängige Schmerzen in einem Einzelgelenk, Fieber über 38,5° C und ein CRP über 20 mg/l sind hoch verdächtig auf eine bakterielle Arthritis.**
- **Bei Verdacht auf eine bakterielle Infektion ist der Patient in eine Abteilung einzuweisen, an der eine sofortige Gelenkpunktion (in Allgemeinnarkose) möglich ist.**
- **Untersuchung: Siehe Artikel „Klinische Untersuchung bei Kindern mit Gelenkbeschwerden“**

Dringlichkeit der Diagnosestellung

1. Notfälle:

- bakterielle Arthritis
- Malignom (Leukämie)
- abgerutschte Epiphyse im Hüftgelenk
- Fraktur

2. Weniger dringlich:

- juvenile rheumatoide Arthritis (Iridozyklitis!)
- Morbus Perthes
- reaktive Enteroarthritis

Erste diagnostische Maßnahmen

Diagnostische Methoden, Reihenfolge nach Dringlichkeit:

1. Bakterielle Infektionen und Malignome werden als Notfälle behandelt. Schwellung und Bewegungsschmerzen, Fieber über 38,5° C und CRP über 20 mg/l bei einer Monoarthritis sind hoch verdächtig auf eine bakterielle Infektion. Starker Ruheschmerz und Veränderungen im Blutbild können auf eine Leukämie hinweisen. In diesen Fällen erfolgt die sofortige Einweisung in eine Abteilung, die für die weitere Diagnostik und Behandlung ausgerüstet ist.
2. Folgende Erkrankungen können aufgrund des klinischen Bildes diagnostiziert werden:
 - Transitorische Synovitis des Hüftgelenks = Coxitis fugax = Hüftschlupfen. Wenn möglich, sollte die Diagnose durch eine Ultraschalluntersuchung gesichert werden.
 - Purpura Schoenlein-Henoch
 - Urtikaria mit Arthritis (Serumkrankheit)
3. Bei folgenden Krankheitsbildern ermöglicht die Klinik eine Verdachtsdiagnose:
 - juvenile rheumatoide Arthritis
 - andere protrahiert verlaufende Arthritiden (Poststreptokokkenarthritis, postenteritische Arthritis, Borrelienarthritis)

Bei einer Symptombdauer von mehr als zwei Wochen werden ANA, sowie Antikörper gegen Streptokokken, Yersinien, Salmonellen, Borrelien und Campylobacter bestimmt.

- Abwartendes Verhalten über etwa zwei Wochen (unter Behandlung mit NSAR nach Bedarf) ist ein sinnvolles diagnostisches Mittel, weil ein großer Teil aller Arthritiden in diesem Zeitraum abgeklungen sind und keine weiteren Untersuchungen benötigt werden.

Differenzialdiagnostische Untersuchungen bei Verdacht auf kindliche Arthritis

Tabelle 1 zeigt, welche differenzialdiagnostischen Untersuchungen bei Verdacht auf kindliche Arthritis durchzuführen sind.

Tab. 1. DIFFERENZIALDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN BEI VERDACHT AUF KINDLICHE ARTHRITIS	
Patientengruppe	Test
Alle Kinder mit Gelenkbeschwerden (Phase I)	1 CRP 2 BSG 3 Leukozytenzählung, Differenzialblutbild, Hämoglobin, Thrombozytenzählung, Rachenabstrich für Streptokokkenkultur, Urinest
(Phase II) Arthritis über mehr als 2 Wochen oder Verdacht auf postenteritische Arthritis (Durchfallerkrankung in der Anamnese)	1 (Antinukleäre Antikörper, Antistreptolysin und Antistreptokokken-Nase-Antikörper) 2 Yersinien-, Campylobacter- und Salmonellenserologie (Alter > 5 Jahre) 3 Borrelienserologie 4 Stuhlprobe für Bakterienkultur (nur bei Durchfall und Alter > 5 Jahre)
Untersuchungen durch einen Kinderarzt	1 Rheumafaktor und Anti-CCP-AK 2 Viruserologie

- Fieber über 38,5° C und CRP über 20 mg/l bei Monoarthritis erfordert die sofortige Punktion wegen des Verdachts auf septische Arthritis. Eine Gelenkpunktion ist in der Anfangsphase in der Regel nicht indiziert, wenn keiner der genannten Faktoren vorhanden ist.
- Eine normale Leukozytenzahl schließt eine septische Infektion nicht aus, erhöhte Werte stützen aber die Diagnose. Die BSG steigt zwar langsamer als die CRP, sie ist jedoch immer noch der bessere Parameter zur Differenzierung zwischen entzündlichen und nichtentzündlichen (orthopädischen) Ursachen von Gelenkbeschwerden.
- Da eine Leukämie sich anfangs mit einer Gelenksymptomatik manifestieren kann (meistens starke Schmerzen in der Nacht), sollten

Ätiologie der kindlichen Arthritis

die Erstuntersuchungen bei Verdacht auf Arthritis immer auch ein Differenzialblutbild enthalten.

- Bei Purpura Schoenlein-Henoch und einigen anderen Formen der akuten Arthritis können beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe A im Rachenabstrich gefunden werden. Sie sollten immer mit Antibiotika eradiziert werden. Bei entsprechender Klinik (Fieber und migratorische Polyarthritiden) ist an ein rheumatisches Fieber zu denken, wenn Streptokokken der Gruppe A festgestellt werden.
- Bei Purpura Schoenlein-Henoch, systemischem Lupus erythematosus (Hämaturie), postenteritischer Arthritis (Pyurie) und Kawasaki-Syndrom (Pyurie) kann die Harnuntersuchung pathologisch sein.
- Wenn 1 bis 2 Wochen nach einer Episode mit hohem Fieber Gelenkschmerzen auftreten, sollte an ein Kawasaki-Syndrom gedacht werden.
- Bei der juvenilen rheumatoiden Arthritis ist der Rheumafaktor selten positiv. Bei der Basisuntersuchung eines Kindes mit Arthritisverdacht sollte er nicht bestimmt werden; die Bestimmung ist erst im Rahmen der weiteren Abklärung einer protrahierten Arthritis sinnvoll.

Epidemiologie

Die Inzidenz von Arthritis bei Kindern beträgt 1/1000/Jahr. Eine praktische Klassifikation teilt die Arthritis in vier Gruppen ein (Tab. 2).

Urtikaria mit Arthritis (Serumkrankheit)

- Die Urtikaria mit Arthritis verläuft wie eine Serumkrankheit und ist meist durch Medikamente ausgelöst. Die Hauptsymptome sind:
 - urtikarielles (manchmal makulopapulöses) Exanthem und
 - Rötung, Schwellung und Bewegungsschmerzen an mehreren Gelenken. Prädilektionsstellen sind der Fußrücken und die MTP-Gelenke.
- Leichtes Fieber und eine leicht erhöhte BSG können auftreten; das CRP ist seltener erhöht.
- Die Symptome treten plötzlich nach Antibiotikagabe auf und verschwinden innerhalb von einer Woche.
- Die Medikation muss abgesetzt (und in Zukunft vermieden) werden, der Juckreiz wird bei Bedarf mit Antihistaminika gelindert. Die schmerzenden Gelenke sollten geschont werden.

Postenteritische Arthritis

- Eine Infektion mit Enterobakterien (Yersinien, Salmonellen, Campylobacter) kann gelegentlich von einer schweren Arthritis gefolgt sein, die von einer septischen Arthritis schwer abgrenzbar sein kann. Etwa 10% der Kinder zeigen nach einer Salmonelleninfektion eine Gelenksymptomatik.

Tab. 2: EPIDEMIOLOGIE DER KINDLICHEN ARTHRITIS

Ätiologie	Prozentsatz aller Arthritiden
Septische Arthritis	6%
Akute transitorische Arthritis	72%
• Coxitis fugax (transitorische Synovitis des Hüftgelenks)*	5%
• Urtikaria mit Arthritis* (Serumkrankheit)	5%
• Purpura Schoenlein-Henoch*	14%
• Andere	14%
Protrahierte Arthritis	22%
• Juvenile rheumatoide Arthritis	17%
• Postenteritische Arthritis	5%
Andere	< 1%
• Maligne Erkrankung (z.B. Leukämie)	

* Sie können vom Hausarzt behandelt werden

- Typische klinische Merkmale einer postenteritischen Arthritis:
 - Die Erkrankung ist polyartikulär (bei septischer Arthritis die absolute Ausnahme).
 - selten bei Kindern im Vorschulalter
 - Die großen Gelenke der unteren Extremitäten (Knie- und Sprunggelenke) sind am häufigsten betroffen, es können aber auch die kleinen Gelenke der Zehen und Hände erkranken.
 - Der Patient hat häufig Fieber.
 - BSG und CRP können deutlich erhöht sein (bis über 100).

Borrelienarthritis

- An einen Zeckenstich oder an ein typisches Erythema migrans erinnern sich weniger als die Hälfte aller Patienten.
- Bei Borrelienarthritis sind Anti-Borrelien-IgG deutlich erhöht, Details siehe „Lyme Borreliose“
- Die Borrelienarthritis tritt ganzjährig auf.

Sonstige akute Arthritiden

- Viele akute Arthritiden zeigen eine unspezifische Klinik und können keinem der beschriebenen Krankheitsbilder zugeordnet werden. Sie bleiben ohne klare Diagnose.
- Etliche Virusinfektionen können mit einer Arthritis einhergehen (Röteln, Windpocken, Parvovirus, Adenovirus).
- Eine Virusserologie ist selten notwendig, weil die Arthritis in der Regel spontan abklingt.

Autor: Pekka Lahdenne, Review: Susanne Rabady 16. 4. 2014

Meine Erfahrungen als „wissenschaftlicher Spritzenferdl“

Akademische Allgemeinmedizin und klinische Ausbildung: Ist das möglich?

In meinem Medizinstudium lernte ich, Anamnesen zu erheben, Patienten zu untersuchen, Krankheiten zu diagnostizieren und Erkrankte zu behandeln. Während zahlreicher Spitalspraktika gewann ich allerdings allmählich den Eindruck, dass bei vielen Patienten kaum langfristige Verbesserungen des Gesundheitszustandes zu erzielen waren. Mir wurde klar, dass viele Patienten von einem Gesundheitssystem mit verstärktem Fokus auf den niedergelassenen Bereich profitieren würden. Der Kontakt zum Hausarzt war während des Studiums jedoch auf wenige Praktika-Tage beschränkt.

Da ich mich im Verlauf meines Medizinstudiums für die Primärversorgung und die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit immer stärker auch von wissenschaftlicher Seite zu interessieren begann, entschloss ich mich, ein Masterstudium in Public Health zu absolvieren.

Daran anschließend begann ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemein-, Familien-, und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) Salzburg zu arbeiten.

Obgleich mir die Mitarbeit in Forschungsprojekten sowie in der Lehre große Freude bereitete, bemerkte ich nach einigen Monaten, dass ich nicht nur wissenschaftlich, sondern auch wieder klinisch tätig sein wollte.

Zu meinem Glück unterstützte Frau Univ.-Prof. Dr. Maria Flamm, MPH, die Idee einer kombinierten Ausbildung zum Allgemeinmediziner am Landeskrankenhaus (LKH) Salzburg mit Forschung und Lehre an ihrem Institut von Anfang an. So begannen wir mit der Planung dieses „Pilotprojektes“ im Herbst 2014 und durften uns dabei der Unterstützung des Rektorats der PMU sowie der Ärztlichen Direktion des Salzburger Landeskrankenhauses erfreuen.

Vertragliche Details wie die Zuteilung fixer Arbeitstage (drei Tage LKH, zwei Tage PMU) konnten, vielleicht auch begünstigt durch den momentanen Mangel an Turnusärzten, nach einigen Wochen fixiert werden. Somit konnte ich im März 2015 mit meinem „Turnus“ beginnen und möchte nun ein gutes halbes Jahr später folgendes Resümee ziehen:

Der größte Vorteil lag zweifelsohne in der abwechslungsreichen Tä-



Dr. Sebastian Scharer,
MSc

tigkeit. So konnte ich beispielsweise neben der Ausbildung zum Allgemeinmediziner weiterhin Erfahrungen in der Lehre sammeln und in einem länderübergreifenden Projekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit in Altenheimen mitarbeiten sowie einen Review über Ursachen des Brain-Drains von Jungärzten aus Österreich verfassen, der im Mai 2015 in der Wiener klinischen Wochenschrift erschienen ist.*

Am LKH durfte ich erfahren, dass der Turnus durch eine neue, wenn auch längst überfällige Kompetenzverteilung aufgewertet wurde: So hat etwa das Pflegepersonal Blutabnahmen und das Legen von ve-

nösen Zugängen an vielen Abteilungen übernommen. Auf der Onkologie gibt es mittlerweile auch eigens ausgebildete „Zytonurses“, die Chemotherapien tagsüber verabreichen.

Mitunter hatte ich freilich das Gefühl, als „Spritzenferdl“, der Venflons legt und administrative Tätigkeiten verrichtet, zu arbeiten. Dieser Eindruck mag allerdings durch die fehlende kontinuierliche Einbindung in den Stationsalltag verstärkt worden sein, womit ein Nachteil des Teilzeitarbeitens benannt ist. Dazu kommt, dass für die volle Turnus-Anrechenbarkeit sich die Wochenarbeitszeit im Spital auf mindestens 35 Stunden belaufen muss.

Alles in allem war dieses achtmonatige Pilotprojekt eine spannende, wenn auch manchmal sehr anstrengende Erfahrung. Die Kombination aus Forschung und Ausbildung zum Allgemeinmediziner könnte eine Möglichkeit sein, mehr junge Allgemeinmediziner für die medizinische Versorgungsforschung zu begeistern. Zumindest die Möglichkeit, ein wissenschaftliches Modul zu absolvieren, sollte es meiner Meinung nach in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner in Zukunft geben.

Herzlich danken für die Ermöglichung dieses Pilotprojekts möchte ich Frau Prof. Flamm, Herrn Prof. Resch und der Ärztlichen Direktion des LKH Salzburg.

*Dr. Sebastian Scharer, MSc
Institut für Allgemein-, Familien und Präventivmedizin, PMU,
Salzburg*

* Scharer, S., & Freitag, A. (2015). Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. Wiener Klinische Wochenschrift, 127(9-10), 323-329. DOI:10.1007/s00508-015-0786-7

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degn
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.